



www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Bienestar, calidad de vida y regulación afectiva en adolescentes portugueses



Paulo César Dias^{a,*}, Ana Sofia Bastos^a, Juan Carlos Marzo^b
y José Antonio García del Castillo Rodríguez^c

^a Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal

^b Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^c Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID), Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

Recibido el 30 de abril de 2015; aceptado el 30 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 8 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Bienestar;
Percepción de salud;
Regulación Afectiva

Resumen

Objetivos: El objetivo de este trabajo es explorar la regulación emocional, calidad de vida y bienestar subjetivo en la adolescencia, considerando diferencias individuales y familiares en función del sexo, la edad y la escolaridad de los progenitores. También se pretende analizar la relación entre las variables estudiadas.

Diseño: Estudio cuantitativo descriptivo-comparativo, transversal.

Emplazamiento: Institutos de Portugal.

Participantes: Muestra por conveniencia de 2 escuelas al Norte de Portugal. Criterios de inclusión: adolescentes (entre 12 y 18 años) de los cursos obligatorios y sin ninguna dificultad especial (sea necesidad educativa especial o dificultad de aprendizaje diagnosticada). Muestra total 619, muestra válida 602.

Mediciones principales: Índice de bienestar personal, Cuestionario de salud SF-8 (calidad de vida) y el Cuestionario de estilos de regulación afectiva.

Resultados: El bienestar no presenta diferencias entre sexos, la percepción de salud suele ser mejor en los chicos y la regulación afectiva en las chicas. En relación con la edad se encuentran correlaciones negativas principalmente con las variables del cuestionario de salud. Aparecen diferencias significativas en función del nivel de escolarización de los padres. Las mayores correlaciones aparecen entre las variables de los cuestionarios de bienestar y el de salud.

Conclusiones: La influencia del nivel educativo de los padres y la edad tienen un papel diferenciador, especialmente en bienestar y calidad de vida. Desde una perspectiva de promoción del bienestar en la adolescencia hay que destacar el potencial de la percepción de salud y algunas estrategias de regulación emocional en intervenciones y estrategias de educación para la salud.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcdias@braga.ucp.pt (P.C. Dias).

KEYWORDS

Adolescents;
Wellbeing;
Health Perception;
Affect regulation

Well-being, quality of life and affect regulation in Portuguese adolescents**Abstract**

Objectives: The objective of this study is to examine the emotional regulation, quality of life, and subjective well-being in adolescence, taking into account individual and family differences, as well as gender, age and education level of parents. Relationships between the questionnaires variables were also considered.

Design: Descriptive-comparative, cross-sectional, and quantitative study.

Location: Two schools in the north of Portugal.

Participants: The sample was selected for convenience due to geographic proximity. Inclusion Criteria: adolescents with age between 12 and 18 years old, from compulsory courses and without any special difficulty. Total sample: 619, valid sample: 602.

Main measurements: Personal Wellness; Health Questionnaire SF-8 (quality of life); and the Measurement of Affect Regulation Styles-trait version Questionnaire.

Results: There were no differences between well-being and gender. Health perception is better for boys, and affect regulation for girls. In relation to age, there are negative correlations mainly with variables from the health questionnaire. Significant differences in relation to study level of parents were observed. Main correlations were found between wellness and health variables. **Conclusions:** The influence of the education level of parents and age have differentiating role, mainly for well-being and quality of life. From a promotion of wellness perspective in adolescence, potential of health perception and some emotional regulation strategies should be considered in interventions and health education strategy.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La adolescencia es un periodo de transición caracterizado por transformaciones físicas, cognitivas, sociales y emocionales^{1,2}, que muchas veces se traducen en una visión de vulnerabilidad en el desarrollo y bienestar³. Frente a esa aparente perspectiva pesimista de la adolescencia, aportes y tendencias más recientes se centran en una visión positiva de este periodo del desarrollo vital, en el funcionamiento saludable y adaptativo⁴. A pesar de eso, la investigación continúa siendo orientada más a los adultos que a los adolescentes⁵. Partiendo de las nuevas perspectivas sobre la salud física y mental⁶, y de los avances en las ciencias médicas y sociales, pretendemos estudiar los indicadores de bienestar personal, útiles para la toma de decisiones políticas, especialmente en países con indicadores más débiles, como los del Sur de Europa⁷.

Siendo la adolescencia una etapa importante para el establecimiento del estilo de vida^{1,2}, la investigación e intervención precoces en estas edades serán más eficaces y eficientes.

Bienestar subjetivo, calidad de vida y regulación emocional en la adolescencia

En el estudio del bienestar, la revisión de la literatura denota que existe poca atención en esta fase de la vida, notándose los avances más recientes. Si bien algunos estudios indican la independencia del ambiente familiar en la satisfacción general con la vida⁸, otros destacan relaciones entre dimensiones específicas de los padres, como sus prácticas educativas^{9,10}. También la salud mental de los padres tiene

un importante papel¹¹, contrario al estatus socioeconómico, que parece tener un bajo impacto en el bienestar¹².

Existen más referencias a variables individuales en la satisfacción con la vida, sea el sexo de la persona^{13–15}, o la edad^{3,8,15}. En general, las chicas puntúan más alto que los chicos en bienestar^{14,15}, aunque se aprecia una tendencia en forma de U con la edad, disminuyendo durante la adolescencia y juventud, e incrementándose después de la adultez^{16–18}.

En esas tendencias también contribuyen variables personales como la percepción de la salud, o calidad de vida, y la regulación emocional^{18,19}. Algunos estudios llevados a cabo con adolescentes, jóvenes y adultos sugieren también diferencias entre sexos, donde unos señalan puntuaciones altas en las percepciones positivas de salud entre las chicas^{20–22}, pero pueden estar influenciadas por el nivel escolar y familiar, a pesar de que la tristeza, el estrés y el sentido de la coherencia parecen ser los mejores predictores para observar las diferencias en percepción de salud²². El afecto depresivo, de facto, está asociado a conductas disruptivas durante la adolescencia, como robos, abuso de alcohol y embarazos²³. Por lo tanto, la regulación afectiva y la reducción del afecto negativo durante esta etapa del desarrollo es una prioridad para su bienestar, dado que los fallos del humor en la regulación afectiva pueden derivar en enfermedades mentales, problemas de conducta o resultados académicos^{24,25}.

El objetivo de este trabajo es explorar la regulación emocional, calidad de vida y bienestar subjetivo en la adolescencia, considerando diferencias individuales y familiares en función del sexo, la edad y la escolaridad de los progenitores. También se pretende analizar la relación entre las variables relativas a los 3 citados constructos.

Material y métodos

Diseño del estudio

Este estudio es cuantitativo descriptivo-comparativo de corte transversal, centrado en adolescentes portugueses. Los datos se recogieron de una muestra por conveniencia, por motivos de proximidad geográfica, bajo condiciones de anonimato y consentimiento informado en 2 escuelas al Norte de Portugal. Se obtuvo la autorización de los autores de los cuestionarios originales, así como de los responsables de la escuela y las autorizaciones paternas. Los instrumentos de autoinforme se pasaron colectivamente a los estudiantes en su clase habitual, durante un tiempo acordado previamente con sus profesores, con la presencia de un investigador.

Se utilizó como criterios de inclusión adolescentes con una edad entre los 12 y los 18 años, de los cursos obligatorios y sin ninguna dificultad especial (sea necesidad educativa especial o dificultad de aprendizaje diagnosticada).

Instrumentos

El Índice de bienestar personal-jóvenes escolarizados (*Personal Wellbeing Index-School Children*²⁶) es una medida que incluye un ítem general para evaluar «la vida como un todo» y 7 dimensiones específicas: estándar de vida, salud personal, logros vitales, relaciones personales, sentimientos de pertenencia a una comunidad y seguridad futura en una escala de 0-10. Este índice fue adaptado al portugués y los resultados sugieren una buena fiabilidad y validez con un alfa de Cronbach de 0,84²⁷.

La versión corta del Cuestionario de salud 8²⁸ es un instrumento para evaluar la calidad de vida. Se compone de 2 factores: salud física (funcionamiento físico, rendimiento físico, dolor corporal y salud general) y salud psicológica (vitalidad, función social, salud mental y rendimiento emocional). El Cuestionario de salud 8 está adaptado a la población portuguesa con buenos resultados de validez y fiabilidad de 0,71 en el componente físico y 0,72 en el componente psicológico²⁹.

El cuestionario para la medida de estilos de regulación afectiva-versión rasgo (*Measure of Affect Regulation Styles - trait version questionnaire*³⁰) es un instrumento con 32 ítems que evalúa: distracción activa (en actividades placenteras); compromiso cognitivo para gestionar el afecto; compromiso conductual para gestionar el afecto, muestra y expresión del afecto, distracción pasiva y aceptación; reflexión y retiro; espera y reconsideración. Los resultados en población portuguesa sugieren una fiabilidad y validez similar a la versión original, con un alfa de Cronbach para la escala de 0,88³¹.

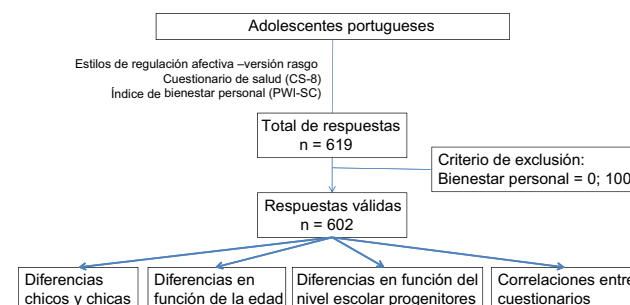
Se utilizó también un cuestionario sociodemográfico para recoger información de sexo, edad y nivel de escolarización de los padres.

Análisis de datos

Los datos recogidos fueron introducidos y analizados con el paquete estadístico SPSS, 15.0. En la citación de las escalas

se seguirán las normas de sus versiones originales. Hay que destacar que el Índice de bienestar personal implica que los datos estén estandarizados a una escala de 0-100³², eliminando todos los sujetos que presenten puntuación mínima (0) o máxima (100) en todos los ítems. De un total de 619 adolescentes portugueses se eliminaron 17 casos, quedando una muestra final de 602 participantes.

En los análisis se utilizaron el test de diferencias «t» de Student para comparar las medias según el sexo, estimando el tamaño del efecto con el *d* de Cohen³³, y análisis no paramétricos para considerar si el nivel educativo de sus padres podría relacionarse con un mayor o menor nivel en las variables objeto de estudio. En los restantes procedimientos se utilizaron correlaciones de Pearson.



Esquema general del estudio: Estudio observacional descriptivo de corte transversal

Resultados

La muestra se constituía de 602 participantes, 291 del sexo masculino (48,3%) y 311 del sexo femenino (51,7%), con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M = 14,3$ años, $DT = 1,74$). Respecto al nivel de educación de los padres el 60% aproximadamente posee estudios básicos, mientras que el 40% restante posee estudios secundarios o universitarios (tabla 1).

Para detallar la presentación y análisis de los resultados se decidió dividir los datos en 2 apartados: primero los relativos a los resultados del bienestar, calidad de vida y regulación afectiva relacionados con las variables demográficas (sexo, edad, nivel de escolarización de los padres); segundo las relaciones entre bienestar, percepción de salud y regulación afectiva.

Bienestar, calidad de vida y regulación afectiva y variables demográficas

En el caso del bienestar, la única diferencia significativa entre chicos y chicas es la variable «logros vitales» ($p = 0,02$), siendo mayor entre los chicos. Para la calidad de vida todas las diferencias entre sexos resultan significativas excepto «salud general» y «funcionamiento físico» ($p < 0,05$), siendo mayores las puntuaciones relativas a la salud mental y en la salud física entre los sujetos del sexo masculino. Finalmente, en la regulación afectiva, no aparecen diferencias significativas entre sexos en las variables «distracción activa» y «distracción pasiva», en el resto, las diferencias sí son significativas, siendo las chicas las que consiguen valores mayores. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en

Tabla 1 Descripción de la muestra

| Variable | Grupo | Frecuencia (porcentaje) |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Sexo | Masculino | 291 (48,3%) |
| | Femenino | 311 (51,7%) |
| Media de edad (desviación típica) | 14,3 (1,74) | |
| Escolarización del padre | 1.º ciclo educación básica | 113 (19,8%) |
| | 2.º ciclo educación básica | 123 (21,6%) |
| | 3.º ciclo educación básica | 137 (24,0%) |
| | Educación secundaria | 124 (21,8%) |
| | Educación universitaria | 73 (12,8%) |
| | | |
| Escolarización de la madre | 1.º ciclo educación básica | 94 (16,0%) |
| | 2.º ciclo educación básica | 142 (24,2%) |
| | 3.º ciclo educación básica | 136 (23,2%) |
| | Educación secundaria | 127 (21,7%) |
| | Educación universitaria | 87 (14,8%) |
| | | |

el tamaño del efecto, estos pueden considerarse pequeños (menor a 0,2) o medios (entre 0,2 y 0,5) (tabla 2).

En relación con la edad se encuentra una correlación negativa, es decir, cuanto mayor es la edad menor es la puntuación obtenida en la satisfacción con sus perspectivas futuras ($r = -0,095$, $p = 0,019$), en la percepción de salud en general ($r = -0,119$, $p = 0,003$), en sus funciones físicas ($r = -0,272$, $p < 0,01$), dolor corporal ($r = -0,119$, $p = 0,003$), vitalidad ($r = -0,145$, $p < 0,01$), salud mental ($r = -0,102$,

$p = 0,013$) y en total de la dimensión salud mental ($r = -0,155$, $p < 0,01$). En la regulación emocional no se encontró una relación con la edad.

Cuando se exploran esas variables en función de los 5 posibles niveles de escolaridad de los progenitores se encuentran diferencias significativas. Así, tanto en el caso de las madres como los padres aparecen en las variables: bienestar total, salud general, funciones físicas, dolor corporal y salud física total. En todos estos casos las diferencias

Tabla 2 Diferencias por sexo en bienestar, calidad de vida y regulación afectiva

| | | Masculino | | Femenino | | p | d |
|---------------------|---|-----------|-------|----------|-------|------|-------|
| | | M | DT | M | DT | | |
| Bienestar | Vida como un todo | 73,32 | 19,56 | 73,63 | 20,82 | 0,85 | - |
| | Estándar de vida | 76,25 | 19,11 | 76,88 | 19,67 | 0,69 | - |
| | Salud personal | 82,70 | 19,05 | 84,58 | 18,63 | 0,22 | - |
| | Logros vitales | 73,65 | 19,66 | 69,97 | 21,10 | 0,03 | 0,18 |
| | Relaciones personales | 80,76 | 19,38 | 81,13 | 18,99 | 0,43 | - |
| | Seguridad personal | 78,06 | 18,46 | 76,81 | 20,27 | 0,46 | - |
| | Sentimiento de pertenencia a la comunidad | 79,69 | 19,05 | 78,27 | 18,86 | 0,37 | - |
| | Seguridad futura | 71,70 | 20,04 | 70,87 | 18,99 | 0,60 | - |
| Calidad de vida | Salud general | 2,57 | 0,73 | 2,49 | 0,77 | 0,20 | - |
| | Funciones físicas | 1,80 | 0,40 | 1,74 | 0,44 | 0,10 | - |
| | Rendimiento físico | 4,04 | 0,98 | 3,81 | 1,00 | 0,00 | 0,23 |
| | Dolor corporal | 4,09 | 1,19 | 3,84 | 1,15 | 0,01 | 0,21 |
| | Rendimiento emocional | 3,77 | 0,91 | 3,56 | 0,93 | 0,01 | 0,23 |
| | Vitalidad | 4,12 | 0,94 | 3,84 | 1,00 | 0,00 | 0,29 |
| | Salud mental | 1,64 | 0,48 | 1,48 | 0,50 | 0,00 | 0,33 |
| | Funciones sociales | 4,71 | 1,22 | 4,27 | 1,20 | 0,00 | 0,36 |
| | Salud física total | 12,21 | 1,93 | 11,61 | 1,96 | 0,00 | 0,31 |
| | Salud mental total | 14,69 | 2,83 | 13,39 | 2,85 | 0,00 | 0,46 |
| Regulación afectiva | Distracción activa | 3,80 | 0,74 | 3,79 | 0,72 | 0,81 | - |
| | Compromiso cognitivo | 3,85 | 0,92 | 4,02 | 0,86 | 0,02 | -0,19 |
| | Compromiso conductual | 3,93 | 0,88 | 4,10 | 0,79 | 0,01 | -0,20 |
| | Expresión afectiva | 3,33 | 0,94 | 3,60 | 0,87 | 0,00 | -0,30 |
| | Distracción pasiva | 3,19 | 0,94 | 3,29 | 0,98 | 0,24 | - |
| | Reflexión y retiro | 3,32 | 0,85 | 3,48 | 0,911 | 0,03 | -0,18 |
| | Espera y reconsidera | 3,55 | 1,18 | 3,89 | 1,093 | 0,00 | -0,30 |

d: tamaño del efecto de Cohen DT: desviación típica; M: media; p: probabilidad.

surgen entre progenitores que tienen el primer ciclo de educación básica, frente a los que poseen estudios universitarios, presentando todas las variables un mayor nivel en este último caso. Además, en la misma dirección, en el caso específico de los padres aparecen también diferencias significativas en el rendimiento físico. Por su parte, con las madres aparecen, además, en las variables: compromiso conductual, espera y reconsidera.

Relaciones entre bienestar, calidad de vida y regulación afectiva

Como se percibe en la [tabla 3](#), cuando relacionamos estas variables, la salud general es la variable que presenta una correlación más alta con las variables de la escala de bienestar, oscilando entre 0,27 (relaciones personales) y 0,63 (salud personal). A excepción de las variables «función física» y «resultados físicos», donde aparecen correlaciones inferiores a 0,15, el resto de variables de la escala de calidad de vida presentan una correlación significativa entre 0,18 y 0,48. En referencia a la variable regulación afectiva los resultados muestran correlaciones significativas entre 0,15 y 0,33 solo con las variables «compromiso cognitivo» y «compromiso conductual», no siendo significativas el resto de variables.

Las correlaciones entre calidad de vida y regulación afectiva son relativamente bajas ([tabla 4](#)), destacando con un valor de 0,20 la correlación entre «salud general» y «distracción activa», siendo el resto inferiores a 0,17. Llama la atención que la variable vitalidad no correlaciona con ninguna variable de la escala de regulación afectiva.

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que no hay diferencias en bienestar entre sexos, excepto en la variable logros vitales, que es mayor en los chicos, pero con un tamaño del efecto pequeño, esto va en contra de estudios anteriores que muestran puntuaciones superiores entre las chicas¹⁵. Aunque los datos pueden estar sesgados por las características de la muestra, es posible el efecto de las características culturales comparado con estudios previos, sea por las prácticas de socialización o por un índice de bienestar menor cuando se compara en índices internacionales^{7,14,15}. En la calidad de vida las diferencias entre sexos son más significativas, siendo mayor entre los chicos en todas las variables, excepto en salud general y funciones físicas³⁴⁻³⁶. Finalmente, en la escala autorregulación afectiva son las chicas las que obtienen una puntuación mayor. En este caso solo hay 2 variables que no presentan diferencias significativas: distracción activa y distracción pasiva. Estos resultados confirman que las chicas presentan mayor regulación afectiva^{37,38}. Esos datos validan algunas diferencias de sexo con mayor calidad de vida o percepción de salud entre los chicos, pero una mayor capacidad de regulación de los afectos por parte de las chicas. Es importante, en próximos estudios, profundizar la relación entre estas variables, explorando su eventual mediación en la explicación del bienestar subjetivo.

En consonancia con estudios anteriores^{5,15}, nuestros resultados muestran que las puntuaciones en las

3 escalas disminuyen conforme la edad avanza. Concretamente aparecen correlaciones negativas y significativas en todas las variables de la escala bienestar, excepto en las variables «vida como un todo», «logros vitales» y «relaciones personales». En la escala percepción de salud las correlaciones de la edad con el rendimiento físico y el dolor corporal no son significativas. Por último, en la escala autorregulación afectiva, aunque todas las variables muestran correlaciones negativas, tan solo resulta significativa la obtenida con distracción activa. En esta etapa de creciente desarrollo cognitivo, pero de mayor descontento con la escuela, y en el que las relaciones sociales asumen gran importancia en el equilibrio personal, se comprende el descenso de estos indicadores que deben ser considerados por los intervinientes en los procesos educativos y de salud.

En relación con el nivel educativo de los padres, los resultados muestran una mejor satisfacción con la vida y la salud entre adolescentes con progenitores con formación superior. Considerando otras investigaciones sobre la influencia de los estudios de la madre en la salud física o mental, e incluso en los resultados académicos³⁹⁻⁴¹, ha sorprendido encontrar un efecto similar y positivo con el nivel educativo de los padres en estas dimensiones. Destaca también el hecho de que cuando las madres poseen estudios superiores las puntuaciones son mayores en las variables de la escala de regulación afectiva: compromiso conductual y espera-reconsidera.

Finalmente, en las correlaciones entre las 3 escalas llama la atención las altas puntuaciones entre el bienestar y calidad de vida, sobresaliendo las correlaciones que oscilan entre 0,22 y 0,39 de la salud física total y entre 0,23 y 0,41 de la salud mental total, datos que destacan la importancia de la salud, tanto física como mental, en la percepción de satisfacción con la vida. Siendo este período esencial para el establecimiento de estilos de vida saludables, es importante aumentar la intencionalidad de las intervenciones de educación en esta dirección. En las correlaciones entre las escalas bienestar y regulación afectiva son menos destacables la distracción activa, el compromiso cognitivo y el compromiso conductual, 3 estrategias que también deben considerarse en la promoción del bienestar.

A pesar de los datos es importante mencionar algunas limitaciones del presente estudio, como la utilización de una muestra de conveniencia y los cuestionarios de autoinforme, que son más sensibles a la deseabilidad social. Por lo tanto, es necesario continuar y profundizar en estas líneas de estudio, con muestras mayores y preferiblemente más representativas de la realidad del país.

La investigación sobre el bienestar es escasa en Portugal, y la relación con la salud y las variables afectivas no ha sido un tema muy recurrente, por lo que este trabajo puede contribuir a la comprensión de estas variables para investigadores y profesionales de salud y educación. Los resultados sugieren la influencia del nivel educativo de los padres y la edad, que tienen un papel diferenciador, especialmente en bienestar y calidad de vida. Desde una perspectiva de promoción del bienestar en la adolescencia hay que destacar el potencial de la percepción de salud y algunas estrategias de regulación emocional en intervenciones y estrategias de educación para la salud. Dado que la adolescencia es una fase de grandes cambios en las distintas dimensiones de la vida, puede ser especialmente interesante el estudio e intervención sobre estas variables, para la configuración de

Tabla 3 Correlaciones entre bienestar, calidad de vida y regulación afectiva

| | | Bienestar | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|------------------|----------------|----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------------|--------------|
| | | Vida como un todo | Estándar de vida | Salud personal | Logros vitales | Relaciones personales | Seguridad personal | Pertenencia comunidad | Seguridad futura | Índice total |
| Calidad de vida | Salud general | 0,32** | 0,25** | 0,63** | 0,32** | 0,27** | 0,30** | 0,27** | 0,32** | 0,48** |
| | Funciones físicas | 0,10** | 0,02 | 0,07 | 0,06 | 0,05 | 0,03 | -0,01 | -0,01 | 0,08 |
| | Rendimiento físico | 0,14** | 0,15* | 0,15** | 0,10* | 0,09* | 0,09* | 0,08 | 0,06 | 0,11** |
| | Dolor corporal | 0,25** | 0,12** | 0,23** | 0,13** | 0,20** | 0,22** | 0,17** | 0,21** | 0,27** |
| | Rendimiento emocional | 0,22** | 0,09* | 0,18** | 0,20** | 0,21** | 0,22** | 0,18** | 0,21** | 0,26** |
| | Vitalidad | 0,23** | 0,15** | 0,24** | 0,15** | 0,14** | 0,18** | 0,16** | 0,19** | 0,23** |
| | Salud mental | 0,45** | 0,21** | 0,26** | 0,31** | 0,25** | 0,19** | 0,23** | 0,28** | 0,36** |
| | Funciones sociales | 0,26** | 0,18** | 0,22** | 0,17** | 0,19** | 0,24** | 0,18** | 0,21** | 0,28** |
| | Salud física total | 0,35** | 0,22** | 0,48** | 0,27** | 0,27** | 0,29** | 0,24** | 0,27** | 0,39** |
| | Salud mental total | 0,41** | 0,23** | 0,31** | 0,29** | 0,26** | 0,27** | 0,25** | 0,31** | 0,36** |
| Regulación afectiva | Distracción activa | 0,20** | 0,21** | 0,14** | 0,23** | 0,23** | 0,18** | 0,23** | 0,22** | 0,30** |
| | Compromiso cognitivo | 0,22** | 0,20** | 0,15** | 0,19** | 0,19** | 0,14** | 0,23** | 0,20** | 0,25** |
| | Compromiso conductual | 0,23** | 0,21** | 0,14** | 0,23** | 0,25** | 0,21** | 0,29** | 0,28** | 0,33** |
| | Expresión afectiva | 0,03 | 0,06 | 0,00 | -0,01 | 0,10 | 0,01 | 0,11** | 0,07 | 0,09* |
| | Distracción pasiva | 0,10* | 0,07 | 0,03 | 0,11** | 0,10* | 0,07 | 0,06 | 0,12** | 0,07 |
| | Reflexión y retiro | 0,04 | 0,05 | 0,03 | 0,04 | 0,08* | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,07 |
| | Espera y reconsidera | 0,04 | 0,07 | 0,06 | -0,03 | 0,08 | 0,02 | 0,05 | 0,01 | 0,04 |

* Nivel de significación estadística del 95%.

** Nivel de significación estadística del 99%.

Tabla 4 Correlaciones entre percepción de salud y regulación afectiva

| | | Regulación afectiva | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | | Distracción activa | Compromiso cognitivo | Compromiso conductual | Expresión afectiva | Distracción pasiva | Reflexión y retiro | Espera y reconsidera |
| Calidad de vida | Salud general | 0,20** | 0,15** | 0,17** | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,05 |
| | Funciones físicas | 0,01 | -0,01 | 0,03 | -0,10* | -0,03 | -0,09* | -0,02 |
| | Rendimiento físico | 0,02 | 0,01 | 0,05 | -0,06 | -0,08 | -0,10** | -0,03 |
| | Dolor corporal | 0,07 | 0,09* | 0,10* | -0,14** | -0,03 | -0,10* | -0,11** |
| | Rendimiento emocional | 0,06 | 0,08* | 0,11** | -0,12** | -0,06 | -0,11** | -0,05 |
| | Vitalidad | 0,06 | -0,00 | -0,00 | -0,06 | -0,02 | -0,05 | -0,07 |
| | Salud mental | 0,16** | 0,14** | 0,14** | -0,08* | 0,00 | -0,10* | -0,13** |
| | Funciones sociales | 0,05 | 0,09* | 0,13** | -0,13** | -0,03 | -0,11** | -0,12** |
| | Salud física total | 0,13** | 0,11** | 0,16** | -0,08* | -0,04 | -0,09* | -0,01 |
| | Salud mental total | 0,13** | 0,10* | 0,12** | -0,14** | -0,02 | -0,11** | -0,14** |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* Nivel de significación estadística del 95%.

** Nivel de significación estadística del 99%.

estilos de vida saludables promoviendo el desarrollo positivo.

Lo conocido sobre el tema

- Existen pocos estudios que relacionen percepción de salud, o calidad de vida, y la regulación emocional durante la adolescencia.
- Bajos niveles en estas variables se relacionan con un mayor número de conductas disruptivas y peores resultados académicos.
- Las chicas obtienen una mejor percepción de salud y bienestar.
- Existe influencia del nivel escolar y familiar en los resultados.

Qué aporta el estudio

- Estudio de las variables bienestar, calidad de vida y regulación emocional en adolescentes portugueses.
- No aparecen diferencias en la variable bienestar entre sexos. Los chicos muestran mayor puntuación en la variable calidad de vida. Las chicas muestran mayor puntuación en regulación emocional.
- El nivel educativo de los padres tiene un importante papel diferenciador en el bienestar y calidad de vida. Solo en el caso de la madre influye en alguna medida en la regulación emocional.
- Aparece altas correlaciones entre el bienestar y la calidad de vida, no siendo tan destacables entre bienestar y regulación afectiva.

Financiación

Fuente de financiación: PEsr-OE/FIL/UI0683/2011, proyecto estratégico CEFH financiado por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hernando A, Oliva A, Pertegal MA. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychol Interv.* 2013;22:15-23.
2. Gestsdottir G, Lerner RM. Positive development in adolescence: The development and role of intentional self-regulation. *Hum Dev.* 2008;51:202-24.
3. Sprinthall A, Collins A. *Psicologia do adolescente: Uma visão desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.
4. Gestsdottir S, Urban JB, Bowers EP, Lerner JV, Lerner RM. Intentional self-regulation, ecological assets, and thriving in adolescence: A developmental systems model. *N Dir Child Adolescent Dev.* 2011;133:61-76.
5. Casas F, Sarriera JC, Alfaro J, González M, Malo S, Bertran I, et al. Testing the Personal Wellbeing Index on 12-16 year-old adolescents in 3 different countries with 2 new items. *Soc Indic Res.* 2012;105:461-82.
6. World Health Organization (WHO). *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2013.
7. UNICEF office of research. *Child well-being in rich countries: A comparative overview*. Florence: UNICEF office of research; 2013 [citado 2 Ago 2012]. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf.

8. Casas F, Figuer C, González M, Malo S, Alsinet C, Subarroca S. The well-being of 12- to 16-year-old adolescents and their parents: Results from 1999 to 2003 Spanish samples. *Soc Indic Res.* 2007;83:87–115.
9. McFarlane AH, Bellissimo A, Norman GR. Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995;5:847–64.
10. Milevsky A, Schlechter M, Netter S, Keehn D. Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *J Child Fam Stud.* 2007;16:39–47.
11. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rot-sika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatr.* 2009;8:20.
12. Bergman MM, Scott J. Young adolescents' well-being and health risk behaviours: Gender and socioeconomic differences. *J Adolesc.* 2001;24:183–97.
13. Fugl-Meyer AR, Melin R, Fugl-Meyer KS. Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: In relation to gender, age, partner and immigrant status. *J Rehabil Med.* 2002;34:239–46.
14. Cummins RA, Eckersley R, Pallant J, van Vugt J, Misajon R. Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index. *Soc Indic Res.* 2003;64:159–90.
15. Tomy A, Cummins R. The subjective wellbeing of high-school students: Validating the personal wellbeing index–school children. *Soc Indic Res.* 2010;101:405–18.
16. Oswald AJ. Happiness and economic performance. *Econ J.* 1997;107:1815–31.
17. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Soc Sci Med.* 2008;66:1733–49.
18. Tamir M, Mauss IB. Social cognitive factors in emotion regulation: Implications for well-being. *Emotion Regul Well-Being.* 2011;31–47.
19. De Castella K, Goldin P, Jazaieri H, Ziv M, Dweck CS, Gross JJ. Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Bas Appl Soc Psychol.* 2013;35:497–505.
20. Evangelista LS, Kagawa-Singer M, Dracup K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. *Heart Lung.* 2001;30:167–76.
21. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI. Health perception and health care access: Sex differences in behaviors and attitudes. *Am J Econ Sociol.* 2010;69:783–801.
22. Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med.* 1993;36:419–27.
23. Heath PA, Camarena P. Patterns of depressed affect during early adolescence. *J Early Adolesc.* 2002;22:252–76.
24. Larsen R. Toward a science of mood regulation. *Psychol Inq.* 2000;11:129–41.
25. Zalot A, Jones A, Forehand R, Brody G. Self-regulation and conduct problems among low-income African American youth from single-mother homes: The role of perceived neighborhood context and child gender. *J Black Psychol.* 2007;33:239–59.
26. Cummins RA, Lau AL. Personal wellbeing Index–intellectual disability. 3.^a ed. Victoria: School of Psychology, Deakin University; 2005 [citado 12 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/>.
27. Dias PC, Bastos AS. Application of the personal wellbeing Index with Portuguese adolescents. En: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of quality of life and well-being research.* Dordrecht, Netherlands: Springer; 2014. p. 56–9.
28. Ware JE, Loskinski M, Dewey JE, Gandek B. How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8™ Health Survey. Boston: QualyMetric; 2001.
29. Pais-Ribeiro JL. O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde–SF-36. Porto: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.
30. Larsen R, Prizmic Z. Affect regulation. En: Baumeister R, Vohs K, editors. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.* New York: The Guilford Press; 2004. p. 40–61.
31. Garcia del Castillo JA, Dias PC. Adaptação da measure of affect regulation styles - trait version questionnaire de Larsen e Prizmic para a população portuguesa. Braga: Faculdade de Filosofia; Não publicado, 2011.
32. International Wellbeing Group. Personal wellbeing index–adult. Melbourne: Australia Centre on Quality of Life, Deakin University; 2006 [citado 1 Jul 2012]. Disponible en: http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm.
33. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112:155–9.
34. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P. HBSC Positive Health Group. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res.* 2006;15:1577–85.
35. Kristjánsdóttir J, Sundelin C, Naessen T. Health-related self-assessed quality of life in young people at a youth centre in Sweden. *Scand J Caring Sci.* 2008;23:465–72.
36. Piko BF. Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr.* 2007;166:701–8.
37. Chentsova-Dutton Y, Tsai JL. Gender differences in emotional response among European Americans and among Americans. *Cogn Emot.* 2007;21:162–81.
38. Kring AM, Gordon AH. Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74:686–703.
39. Shaw DS, Keenan K, Vondra JI. Developmental precursors of externalizing behavior: Ages one to three. *Dev Psychol.* 1994;30:1–10.
40. George C, Herman KC, Ostrander R. The family environment and developmental psychopathology: The unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2006;37:163–77.
41. Gross HE, Shaw DS, Moilanen KL. Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36:693–709.